

# Behandeling van verslaving en risico op recidive bij terbeschikkinggestelden

Harriët de Jonge\*

**De prevalentie van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve middelen is hoog onder terbeschikkinggestelden.** Vaak is er een relatie met de gepleegde delicten en met het gevaar voor recidive. Behandeling van deze problematiek is daarom noodzakelijk binnen de tbs-behandeling. In dit artikel wordt getracht een beeld te geven van de specifieke problemen en dilemma's bij de verslavingsbehandeling van terbeschikkinggestelden. Na een beschrijving van de populatie en de problematiek wordt aandacht besteed aan de slechte afstemming tussen de behandeldoelen en de kenmerken van de doelgroep. Daarna wordt aan de hand van een (fictieve) casus een aantal praktische problemen beschreven, die voortkomen uit het onvrijwillige karakter van de behandeling en de op beveiliging gerichte setting en maatregel. Ten slotte worden enkele aanbevelingen gedaan.

## Inleiding

De behandeling van middelenafhankelijkheid, misbruik en verslaving bij terbeschikkinggestelden staat de laatste jaren steeds meer in de belangstelling. Daarvan getuigt onder andere het rapport van de parlementaire onderzoekscommissie die in 2006 het tbs-stelsel doorlichtte. Deze commissie pleitte voor 'meer bijzondere aandacht voor de behandeling van verslaving, gezien de groeiende verslavingsproblematiek onder de terbeschikkinggestelden' (Tweede Kamer der Staten Generaal, 2006). Recentelijk begon het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) een onderzoek naar de stand van zaken in de klinieken wat betreft verslavingsbehandeling.

\* Drs. H.A. de Jonge is GZ-psycholoog en gedragstherapeut. Zij werkt als behandelcoördinator in FPC Dr. S. van Mesdag Kliniek te Groningen. E-mail: h.de.jonge@fpcvanmesdag.nl.

In dit artikel wordt getracht een beeld te geven van de specifieke problemen en dilemma's bij de behandeling van terbeschikkinggestelden<sup>1</sup> bij wie verslaving<sup>2</sup> aan de orde is. Na een beschrijving van de populatie en de problematiek, wordt aandacht besteed aan de slechte afstemming tussen de behandeldoelen en de kenmerken van de doelgroep. Daarna worden aan de hand van een (fictieve) casus een aantal praktische problemen die voortkomen uit het onvrijwillige karakter van de behandeling en de op beveiliging gerichte setting en maatregel beschreven.

### **Terbeschikkingstelling**

Terbeschikkingstelling is een strafrechterlijke maatregel die in de meeste gevallen opgelegd wordt in combinatie met dwangverpleging, meestal na agressieve of seksuele delicten. De maatregel wordt uitgesproken als de veroordeelde een misdrijf gepleegd heeft waarvoor een gevangenisstraf van vier jaar of meer kan worden geëist en daarnaast lijdt aan een psychische stoornis (een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens) die een relatie heeft met het delict.

De mate van toerekeningsvatbaarheid wordt middels een rapportage pro Justitia vastgesteld. Tbs wordt in eerste instantie voor twee jaar opgelegd. Bij delicten gericht tegen personen of waarbij gevaar voor personen aan de orde was - dit is bij verreweg de meeste tbs-veroordeelingen het geval - kan de maatregel steeds met een of twee jaar verlengd worden, soms tot levenslang. De rechter beslist over verlenging na advies van de behandelaars. Het criterium daarbij is het recidivegevaar. Onder invloed zijn tijdens het plegen van een delict is op zich geen reden voor verminderde toerekeningsvatbaarheid. Het 'culpa in causa'-principe in het strafrecht stelt dat de dader door middelen in te nemen verantwoordelijk was voor de toestand waarin hij zich bevond en daarmee voor zijn daden.

### **POPULATIE**

Als er bij een verdachte bij wie een tbs geadviseerd wordt sprake is van verslaving, dan is dat altijd in combinatie met andere problematiek.

<sup>1</sup> Omdat verreweg de meeste terbeschikkinggestelden van het mannelijk geslacht zijn, wordt in die vorm over hen geschreven; dit is tevens conform de gewoonte in mijn kliniek.

<sup>2</sup> Het gaat hier om misbruik en/of afhankelijkheid van of verslaving aan psychoactieve middelen. Andere verslavingen worden buiten beschouwing gelaten.

Het gaat daarbij meestal om psychotische stoornissen of persoonlijkheidsproblematiek. Bij een derde van de tbs-populatie is het IQ minder dan 90 (Van Emmerik & Brouwer, 2001). Bij veel terbeschikkinggestelden is in de voorgeschiedenis sprake van verwaarlozing en mishandeling en slechte sociale en maatschappelijke omstandigheden.

#### PREVALENTIE VAN VERSLAVINGSPROBLEMATIEK

Actuele cijfers van het Ministerie van Justitie over de prevalentie van verslavingsproblematiek zijn er niet. Verschillende bronnen geven verschillende prevalentiecijfers. Greeven (1997) stelt dat 70% van de patiëntenpopulatie verslaafd is (geweest) aan alcohol, soft- of hard-drugs, medicijnen en gokken. Andere schattingen geven circa 80% aan (Parlementaire Enquetecommissie, 2006). In een onderzoek uitgevoerd in de Dr. Henri van der Hoeven-kliniek te Utrecht werd gevonden dat 47% van een steekproef van 98 opgenomen patiënten voldeed aan de diagnose misbruik/verslaving aan psychoactieve middelen (Hildebrand & De Ruiter, 2004).

#### VERSLAVING, GEWELDDADIG GEDRAG EN RISICO OP RECIDIVE

Uit diverse publicaties komt naar voren dat er een verband is tussen middelenmisbruik en gewelddadigheid. vergeleken met allerlei variabelen (waaronder psychische stoornissen) liet middelengebruik het sterkste verband zien met gewelddadig gedrag (Swanson, 1994). Onderzoek van Steadman (1998) toonde aan dat middelenmisbruik een sterke predictor is voor gewelddadig gedrag. Philipse (2005) beschreef een verband tussen recidive en bij opname geconstateerd middelengebruik. Over de richting van het verband tussen criminaliteit en middelengebruik zijn er verschillende theorieën (voor een overzicht zie Ferwerda, 2003).

Het risico op recidive wordt in de klinieken jaarlijks gemeten met behulp van zogenaamde risicotaxatie-instrumenten.<sup>3</sup> Deze bestaan uit vragen naar relevante informatie uit de voorgeschiedenis (historische, statische items), naar de wijze van functioneren en de reactie op de behandeling (klinische items) en naar de ingeschatte toekomstige situatie. Verslaving in de voorgeschiedenis of gebruik tijdens de behandeling wordt als bijdragend aan het risico gezien.

In 2006 werd door het EFP onderzoek gedaan naar de kenmerken van terbeschikkinggestelden die zich tussen 2000 en 2005 onttrokken aan de behandeling (d.w.z. weglopen bij begeleid verlof of niet terugkeren

<sup>3</sup> Dit zijn de HKT-30, HCR-20 en SVR-20. Daarnaast wordt de psychopathie bij iedere patiënt gemeten middels de PCL-R (Hare, 1991).

van onbegeleid verlof), ontvluchtten of recidiveerden tijdens de behandeling. Naast andere factoren (attitude ten opzichte van behandeling en copingvaardigheden) bleek recent middelengebruik (ook van softdrugs) geassocieerd met onttrekking aan behandeling. Hoe dit verband ligt, is onduidelijk. Bij ontvluchting en recidive bleek middelengebruik eveneens een van de voorspellende factoren (Hildebrand e.a., 2006).

Het verband tussen het soort middel dat gebruikt wordt en diverse vormen van criminaliteit verschilt. Geweldsdelicten worden vaak gepleegd onder invloed van cocaïne of alcohol. De combinatie daarvan is berucht vanwege de agressieluxerende werking. Verslaving aan heroïne en cocaïne of andere middelen kan aanleiding zijn tot verwervingscriminaliteit. Als het gebruik van softdrugs een rol speelt, is dit vaak indirect en meer op lange termijn. Het kan bij daarvoor kwetsbare patiënten psychosen luxeren, die een rol spelen bij het criminale gedrag of bijdragen aan verwaarlozing van allerlei taken en verlies van structuur (bijv. verwaarlozen werk, omdraaien dag-nachtritme) waardoor zich gemakkelijker crimineel gedrag ontwikkelt. Over het verband tussen het gebruik van specifieke middelen en specifieke delicten zijn geen cijfers vorhanden.

Ook de aard van de verslavingsproblematiek voorafgaand aan het plegen van het delict verschilt. Het kan gaan om misbruik, waarbij er meestal voorafgaand aan het delict al sprake was van maatschappelijke schade. Ook afhankelijkheid met allerlei lichamelijke problemen of daadwerkelijke verslaving waarbij het gebruik helemaal geautomatiseerd was (voor de indeling zie Van den Brink, 2006), is vaak aan de orde. Vaak gebruikten patiënten meerdere middelen. Afhankelijkheid en verslaving kunnen leiden tot (al dan niet gewelddadige) verwervingscriminaliteit; bij impulsieve geweldsdelicten speelt misbruik van middelen vaak een rol.

#### AANDACHT VOOR VERSLAVING

Gezien de prevalentiecijfers en het verband met recidiverisico zou al langer veel aandacht voor dit onderwerp verwacht mogen worden. Tot het midden van jaren negentig van de vorige eeuw richtte de tbs-behandeling zich echter meer op het genezen van de patiënt als persoon, waarbij specifieke enkelvoudige factoren die statistisch voorspellend waren voor gewelddadig (seksueel) delinquent gedrag, veelal genegeerd werden in de behandeling (Greeven & Van Marle, 2006). Te denken valt aan impulsiviteit, verslaving, gebrek aan vaardigheden of deviante seksuele voorkeur. Verslaving werd, net als andere risicofacto-

ren, gezien als symptoom van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek en niet behandeld als stoornis met eigen etiologie en wetmatigheden.

Dit symptomatische denkmodel (Van den Brink, 2006) was niet uniek voor tbs-klinieken. Het blijkt dat behandeling die zich juist op de delictgerelateerde factoren richt, tot betere resultaten leidt (Bonta, Hansen & Law, geciteerd in Greeven & Van Marle, 2006). Mogelijk heeft ook het denken vanuit het morele model (Van den Brink, 2006), waarbij een vooral punitieve aanpak van verslaving werkzaam geacht wordt, meegespeeld.

### **Effectieve behandeling, behandeldoelen en haalbaarheid**

#### **RECIDIVEBEPERKING**

Over de effectiviteit van verslavingsbehandelingen wat betreft vermindering van recidive is nog te weinig duidelijk. In 2004 werd door de Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland in het kader van het project Terugdringen recidive een inventarisatie gemaakt van alle voor justitiabelen beschikbare verslavingsbehandelingen. Een aantal bleek effectief in het kader van verslavingszorg, geen bleek echter te voldoen aan de kwaliteitscriteria die in het kader van het project gesteld waren. Er was onder andere onvoldoende bekend over de recidivepreventieve effectiviteit.

Koeter (2006) deed onderzoek naar de effectiviteit van justitiële interventies in de verslavingszorg. Hij concludeerde beperkte, niet eenduidige wetenschappelijke evidentie, maar zag interessante opties in een op recidive gerichte interventie (cognitieve vaardigheidstraining) in combinatie met verslavingsbehandeling.

#### **AAN BOD**

Recentelijk inventariseerde Noorlander (2006) het beleid rondom verslaving en de behandelingen die in de klinieken aangeboden worden. Motiverende interventies, leefstijltraining, (Libermann-)modules, terugvalpreventietraining en medicatie werden genoemd. Iedere kliniek lijkt zijn eigen weg te zoeken en de inzet verschilt per kliniek.

#### **BEHANDELDOELEN**

Vanwege de veronderstelde relatie tussen verslaving en recidivegevaar, wordt in de meeste klinieken gestreefd de patiënt te motiveren tot stabiele abstinente. Als de patiënt verlof heeft wordt dit bij terugval (al dan niet tijdelijk) ingetrokken, in de kliniek krijgt de patiënt beperkingen opgelegd. Dit beleid is niet alleen door overwegingen van recidive-

preventieve aard ingegeven maar ook door de aanname dat middelengebruik en handel disregularend werken op het behandelklimaat. Daarbij wordt gedacht aan onderlinge bedreiging en intimidatie, een ‘wij, zij’-sfeer tussen behandelaars en patiënten, en verminderde aandacht voor de behandeling. Om deze redenen is - los van de vraag of het een rol speelde in het delictscenario - ook gebruik van softdrugs in de kliniek niet toegestaan.

#### STABIELE ABSTINENTIE

Of stabiele abstinencie van ieder middel in het kader van recidivepreventie voor iedere patiënt nodig is, is de vraag. Een middel als cannabis is voor een aantal patiënten niet recidivebevorderend of zou zelfs preventief kunnen werken. Of leidt het tot ongewenste toenadering tot de drugsscene en gebruik van andere middelen? Vraag is of het in een aantal gevallen niet beter zou zijn de patiënt te leren omgaan met gebruik zonder in risicogedrag te vervallen. Het aantal terbeschikkinggestelden en ex-terbeschikkinggestelden dat terugvalt in middelengebruik moet hoger zijn dan het aantal dat recidiveert met een delict (na zes jaar 37%; RMO, 2006). Het is echter niet duidelijk wanneer en bij wie terugval ernstige gevolgen heeft en bij wie en waarom hernieuwd gebruik niet tot recidive leidt.

De aard van de stoornis, de behandelresultaten in de verslavingszorg en de kenmerken van de doelgroep beschouwend, is het verder de vraag in hoeverre stabiele abstinencie voor deze patiëntengroep haalbaar is. Er zijn allerlei aanwijzingen voor genetische en neurobiologische kwetsbaarheden die de ene mens gevoeliger voor verslaving maken dan de ander. Na veelvuldig gebruik van verslavende stoffen treden veranderingen in de hersenen op. Deze veranderingen hebben invloed op geheugen en gedragsregulatie en maken verder gebruik waarschijnlijker. In brede kring is inmiddels consensus over verslaving als complexe, chronische hersenziekte.

Cijfers uit de verslavingszorg geven aan dat stabiele abstinencie na een behandeling, en zeker na een enkele interventie, meer uitzondering dan regel is. Terugval na behandeling en langdurige abstinencie is niet ongebruikelijk.<sup>4</sup> De Gezondheidsraad (2002) stelt dat gezien het chronische karakter van de aandoening er een hiërarchie in behandeldoel-

<sup>4</sup> Zie bijvoorbeeld onderzoek van Hser e.a. (2001) naar het beloop van heroïneverslaving. Van de groep die erin geslaagd was vijftien jaar abstinent te blijven, viel 28% daarna nog terug in gebruik.

stellingen moet zijn, die loopt van genezing via stabilisatie naar palliatie. Genezing van verslaving - het bereiken van stabiele abstinente - is veelal niet op korte termijn te bereiken.

In de verslavingszorg werd een model voor indicatiestelling ontwikkeld (Kersten, 1998; De Wildt e.a, 2002) waarin cliënten op basis van vier factoren (behandelgeschiedenis, ernst van de verslaving, ernst en aard van psychiatrische comorbiditeit, mate van sociale integratie) geïndiceerd worden voor behandeltrajecten van verschillend intensiteitsniveau en met verschillende doelen. Schadebeperking, zonder te streven naar stabiele abstinente, kan binnen dit model een legitiem behandeldoel zijn.

Veel terbeschikkinggestelden voldoen aan de indicatiecriteria voor deze aanpak. Juist de tot nu toe bestaande eis van blijvende abstinente maakt deze palliatieve aanpak onmogelijk.

#### CONCLUSIE

In tbs-klinieken worden behandelingen ingezet waarvan niet bekend is in hoeverre ze bijdragen aan het doel van de behandeling (recidive-preventie). Om het recidivegevaar te verminderen en de behandeling ongestoord te laten verlopen, wordt van de terbeschikkinggestelde gevraagd stabiel abstinent te blijven. Gezien de chroniciteit van de aandoening, de behandelresultaten in de verslavingszorg en de kenmerken van de doelgroep, is dit een weinig realistische verwachting. Het dilemma is duidelijk. De pathologie is chronisch, maar terugval vergroot bij een aantal patiënten het recidiverisico. We weten echter onvoldoende bij wie en onder welke omstandigheden.

#### Problemen in de uitvoering van de behandeling

Wegens doodslag is Kornelis veroordeeld tot gevangenisstraf en tbs met dwangverpleging. Het slachtoffer was een vrouw die hem op een avond na gezamenlijk cafébezoek mee naar huis genomen had. Het Pieter Baan Centrum diagnosticeert een persoonlijkheidsstoornis NAO met borderline en antisociale trekken. Verder blijkt er sprake van misbruik van meerdere middelen (cocaïne, xtc, hasj). In eerderen detenties (vanwege mishandeling en vermogensdelicten) liet hij het bij softdrugs, maar na vrijlating viel hij snel terug in harddrugsgebruik.

Kornelis vindt het erg wat er gebeurd is en geeft aan gemootiveerd te zijn voor behandeling van zijn agressieve gedrag. Hij wil geen harddrugs meer gebruiken, 'maar wel een

stickie en sociaal drinken'. Behandeling van de verslaving acht hij niet nodig, want hij is 'geen junk' en al enkele jaren clean.

Bij de delictscenarioprocedure blijkt dat hij destijs ernstig onder invloed was van cocaïne en alcohol. De aanleiding tot het delict was een krenkende opmerking van het slachtoffer, en het gebruik van de middelen had een ontremmende invloed op zijn agressieve impulsen. Omdat Kornelis snel denkt dat anderen erop uit zijn hem te vernederen of krenken, en hij tevens moeite heeft om dergelijke gedachten op een acceptabele, niet-agressieve wijze naar voren te brengen, wordt hij onder meer middels agressiehanterings- en sociale-vaardigheidstraining behandeld. Verslavingsmodules worden ingezet omdat de gedragsveranderingen die hij aanleert waarschijnlijk niet zullen beklijven als hij onder invloed van middelen is.

Het eerste halfjaar van de behandeling verloopt moeizaam. Hij gaat voortdurend de strijd aan, blijkt een aantal malen positief op cannabis en wordt genoemd als drugshandelaar. Dat laatste wordt nooit bewezen. Hij rechtvaardigt het gebruik door te zeggen dat cannabis hem niet gewelddadiger maakt en hij dus niet zou weten waarom hij geen stickie mag roken. Na verloop van tijd gaat het beter. Kornelis volgt zijn therapieën, brengt zijn problemen meer in gesprek en kan impulsen beter onder controle houden. Het contact met een aantal familieleden wordt hersteld; voor hem een belangrijke gebeurtenis. Het motiveert hem zich in te zetten voor de behandeling.

Als hij dertien maanden in behandeling is, wordt een aantal malen drugsgebruik (cocaïne en cannabis) geconstateerd. 'De cocaïne was stom', aldus Kornelis, maar het werd hem aangeboden. Hij is kwaad op het team vanwege een kamercontrole. 'En dan doe je wel eens wat!' Daarna volgt een cleane periode. In deze periode is hij betrokken bij een agressief incident, waarna het behandelteam stelt dat hij nogmaals een training agressieregulatie moet doen. Kornelis is erg boos, geeft aan dat het incident een gevolg was van 'tbs-moeheid' en dat een dergelijk conflict buiten nooit zou voorkomen. En dat de frustratie over nog een behandelmodule reden was voor zijn hernieuwde cannabisgebruik.

Omdat hij na een tijdje progressie laat zien, wordt na bijna negentien maanden behandeling begeleid verlof voor hem aangevraagd. Door het Ministerie wordt een verlof machtiging afgegeven. Vijf maanden na de start van de begeleide verloven blijkt hij weer cocaïne gebruikt te hebben. De verloven worden gestopt en de machtiging wordt ingetrokken.

Deze casus illustreert een aantal problemen die behandelteams ervaren. De meeste komen voort uit het feit dat de behandeling plaatsvindt in een gedwongen kader en uit de specifieke justitiële en maatschappelijke inkadering van tbs-klinieken. Het betreft problemen rondom motivatie, timing en beperking van behandel mogelijkheden, de problemen rond drugshandel en behandelklimaat, de dilemma's rondom omgang met terugval en als laatste het maatschappelijk klimaat rondom de maatregel.

#### PROBLEEMBESEF EN MOTIVATIE BIJ DWANGVERPLEGING

Probleembesef en motivatie zijn bij terbeschikkinggestelden uiteraard niet vanzelfsprekend. Patiënten worden opgenomen los van de fase van motivatie tot gedragsverandering (Prochaska & DiClemente, 1982) en vragen meestal niet zelf om de behandeling. Uitgaande van de principes van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005) is dat niet de meest ideale start. Veelal is de lijdensdruk of schade wat betreft de verslavingsproblematiek voor de patiënt zelf niet zo ernstig dat een serieuze behandel poging ondernomen wordt. Daarin verschillen terbeschikkinggestelden overigens niet van anderen; veel mensen die voldoen aan de criteria voor afhankelijkheid aan middelen zijn niet in behandeling of zoeken pas na jaren hulp (Van den Brink, 2006). Een aantal patiënten heeft juist veel negatieve behandelervaringen. Kornelis is niet gemotiveerd voor verslavingsbehandeling, want hij is immers al jaren clean. Het probleembesef vermindert door de lange tijd tussen het plegen van het delict en het begin van de behandeling. Na de juridische afhandeling, de gevangenisstraf en eventuele passantentijd, is de patiënt jaren verder. Die jaren brengt hij door ver van de plaats waar het gebruik (en alle daarmee gepaard gaande problemen) zich afspeelde.

De patiënt beleeft de verslaving als iets 'van toen en daar', wat hem nu niet meer zal overkomen. De verslaving is voorbij. De min of meer afgedwongen abstinentie in de penitentiaire inrichting en de tbs-kliniek sterkt hem verder in die overtuiging. Dat maakt het ingewikkeld

om patiënten te motiveren tot het aanleren van coping- of terugvalpreventievaardigheden of hen te motiveren tot het gebruik van medicatie. Vaak lukt het om patiënten te bewegen tot een zeker 'commitment' aan de behandeling, vanuit het argument dat dit de enige weg is om het verlangde doel - meer vrijheden en beëindiging van de maatregel - te bereiken. Bij een aantal patiënten resulteert dit in meer intrinsieke motivatie. Soms kost dat veel tijd. De dubbele rol van het behandelteam (naast behandeling adviseren over vrijheden en verlenging) is daarbij lastig en voor patiënten verwarringend. De patiënt kan de trage voortgang van zijn behandeling beleven als het gevolg van een hem onwelgevallig behandelteam, terwijl het team de patiënt als niet-gemotiveerd beleeft.

#### TIMING EN BEPERKINGEN IN DE BEHANDELMOGELIJKHEDEN

Maatschappelijke beveiliging is het primaire doel van een tbs-maatregel. Behandeling is secundair en richt zich op meer dan alleen de verslaving. Dat maakt de timing van behandeling soms ingewikkeld en beperkt de mogelijkheden. Meestal kunnen in de intramurale fase geen 'gedragsexperimenten' uitgevoerd worden die zouden helpen bij het ontwikkelen of behouden van probleembesef.

Zoals in de casus: Kornelis wijt het agressieve incident aan zijn langdurige verblijf in de tbs-kliniek. Hij kan in die fase niet uitzoeken hoe hij een conflict in een andere omgeving zou hanteren. Hij kan door een agressief incident niet op verlof, terwijl dat voor een aantal andere aspecten van zijn behandeling juist heel goed zou kunnen zijn (motivatie, probleembesef, ondervinden van mate van 'craving' bij confrontatie met 'cues'). Specifiek voor het individu belonende factoren zijn niet altijd aanwezig of mogelijk of behoren juist tot de rechten die patiënten al hebben.

#### HANDEL IN DRUGS EN BEHANDELKLIMAAT

Het relatieve open karakter van de klinieken maakt drugshandel mogelijk. Allerlei intrusieve controlemaatregelen (bijv. urinecontrole, fouillering, kamercontrole) zijn nodig om dit enigszins te beheersen. Het is een dilemma hoe ver te gaan in dit opzicht. De maatregelen verhouden zich slecht tot het gewenste klimaat, waarin het aanleren van eigen verantwoordelijkheid en samenwerking centraal moet staan, en leveren vaak strijd op. Ze kunnen echter ook niet nagelaten worden. De controles worden in iedere kliniek toegepast, maar geen enkele kliniek is drugsvrij. Patiënten en bezoekers blijken inventief in het vinden van wegen om drugs naar binnen te smokkelen. Voor patiënten met weinig behandelperspectief zijn er weinig consequenties. Ze

kunnen nu eenmaal niet weggestuurd worden. Noorlander (2006) geeft aan dat klinieken verschillend reageren op dit dilemma. Het is onduidelijk wat het meest effectief is.

Het dagelijks leven van een terbeschikkinggestelde speelt zich af in een omgeving die zich kenmerkt door inperking van de autonomie. Dat roept frustraties op. De behoefte zich tegen ervaren dwang en het verlies van autonomie te verzetten kan, naast de gebruiksbehoefte, meespelen bij drugsgebruik of handel. Bij antisociale problematiek hoort een moeizame omgang met autoriteiten, regels en grenzen. Illegale acties kunnen een manier zijn om de ervaren machtsongelijkheid te vereffenen. Het omgaan met dergelijk gedrag vergt veel van behandelteams, zeker op afdelingen waar veel patiënten met een hoge psychopathiescore verblijven. Patiënten kunnen hun frustraties als argument gebruiken, als 'craving' en controleverlies aan de orde is. (Kornelis legitimeert zijn cocaïnegebruik door te wijzen op het conflict dat hij heeft met het behandelteam. Dat kan een rol gespeeld hebben, maar gebruiken was natuurlijk ook gewoon lekker ...)

Aan de andere kant wordt de patiënt, door het veel geringere aanbod van middelen in de kliniek, gesterkt in het idee geen verslavingsprobleem te hebben. De 'craving' wordt niet gevoeld. De intramurale behandeling heeft daardoor min of meer het karakter van droogzwemmen. De fase waarin de patiënt onbegeleid de kliniek verlaat, is daarom geschikter voor een aantal onderdelen van de behandeling. Met name de terugvalpreventietraining dient in die fase plaats te vinden.

#### TERUGVAL EN RECIDIVEPREVENTIE

Echter, zowel patiënt als behandelaar bevinden zich in dit opzicht in een spagaat, die bij het onvrijwillige karakter van de behandeling hoort. Een dader van een seksueel delict kan om strategische redenen zijn agressieve seksuele fantasieën geheimhouden. Een verslaafde terbeschikkinggestelde zwijgt over de hunkering naar drugs of terugval, uit angst voor verlenging van de behandeling. Bij geconstateerd middelengebruik lopen de opgebouwde vrijheden gevaar. Dat maakt het voor de patiënt niet aanlokkelijk terugval te bespreken.

Terugvalmanagement hoort bij verslavingsbehandeling, maar als terugval ook de kans op recidive verhoogt, is het voor de behandelaar een dilemma hoe ver te gaan. Hoe vaak moet bijvoorbeeld in het geval van Kornelis geaccepteerd worden dat hij cocaïne gebruikt? En betekent andermaal gebruik plaatsing op een 'long stay'-afdeling? In dat geval zal de 'long stay'-capaciteit de komende jaren sterk moeten groeien, met sterk stijgende kosten van de tbs als gevolg. Deze vraag is niet alleen actueel voor tbs-klinieken maar ook voor GGZ-

instellingen, waar veel psychotische terbeschikkinggestelden na verloop van tijd doorbehandeld worden. De angst voor delictrecidive maakt het voor behandelteams, maar ook voor het Ministerie van Justitie, niet gemakkelijk om terugval meermalen te accepteren.

#### MAATSCHAPPELIJK KLIMAAT

In dit kader moet ook het maatschappelijke klimaat rondom de tbs genoemd worden, want elk incident doet veel stof opwaaien. Terwijl het feitelijke aantal incidenten afneemt, neemt het aantal krantenartikelen daarover de laatste jaren toe (RMO, 2006). Elk incident wordt uitvergroot, wat leidt tot meer negatieve beeldvorming en lagere acceptatie. De behandeling beweegt zich daardoor binnen steeds smalere marges, wat leidt tot afname van de doorstroom en vermindering van het aantal beëindigingen.

De behandeling van de groep verslaafden met ernstige comorbiditeit en veel sociale problematiek kenmerkt zich door vallen en opstaan, waarbij in een aantal gevallen de grens tussen verantwoorde en onverantwoorde risico's maar moeilijk te trekken is. Geen enkel risico nemen betekent veel patiënten onterecht binnenhouden.

Hoewel nieuwe inzichten over verslaving als chronische aandoening wel degelijk doorgedrongen zijn binnen de klinieken is er onvoldoende kennis over de integratie van deze inzichten in behandelmethodieken die recht doen aan de recidivebeperkende doelen van de behandeling, evenals aan de met een chronisch probleem kampende terbeschikkinggestelde.

#### Tot besluit

In dit artikel wordt een aantal problemen en dilemma's met betrekking tot de behandeling van verslaafde terbeschikkinggestelden verkend. Het grootste probleem is de wenselijkheid van abstinentie vanuit recidivepreventieve overwegingen en de geringe kans dat dit behandeldoel te realiseren is.

Een eerste aanzet tot een reëller en genuanceerder beleid, wordt gegeven door Kersten (2005). In haar voorstel kunnen patiënten geïndiceerd worden voor 'cure' of 'care' (bijv. vervangende of anti-'craving'-medicatie) en 'control'. Daarbij kan zowel met de ernst en aard van de verslaving (welk middel, gebruik, misbruik, verslaving), de plaats van de verslaving in de delictketen, als met de ernst van mogelijke delicten rekening gehouden worden. Voor de meeste terbeschikkinggestelden betekent dat langdurige monitoring en bij terugval op de persoon afgestemde maatregelen.

Kerstens' suggestie is dat te doen met de forensische vorm van Assertive Community Treatment (ACT), een intensieve ambulante multidisciplinaire behandelvorm. Met de forensische variant daarvan is nog weinig ervaring opgedaan, maar de eerste bevindingen zijn positief (minder arrestaties en detenties; zie Lamberti e.a. 2004). De intramurale fase van deze patiënten kan dan mogelijke korter, maar de ambulante fase zou veel langer moeten zijn.

De parlementaire onderzoekscommissie heeft geadviseerd de voorwaardelijke beëindiging van de tbs tot negen jaar te verlengen. Dat biedt perspectief om patiënten met deze methodiek langer te volgen. Een probleem van dergelijke omvang verdient, zoals de parlementaire onderzoekscommissie terecht stelt, meer aandacht.

De beslissing om geen apart zorgprogramma verslaving te ontwikkelen, is te verdedigen maar zou niet moeten resulteren in het 'ieder voor zich het wiel uitvinden'. Vanuit de klinieken zijn er wel initiatieven tot uitwisseling van ervaringen en beleid met andere tbs-klinieken en met de verslavingszorg. Landelijk zou dit een vervolg moeten krijgen door het formuleren van onderzoeks vragen en de ontwikkeling van een samenhangend onderzoeksprogramma. Een gemeenschappelijke wijze van diagnostiek zou raadzaam zijn. De MATE, een recentelijk ontwikkeld diagnostisch en evaluatie-instrument, lijkt - mits aangepast aan de tbs - een goede optie (Schippers, e.a., 2007).

Onderzoek naar beschermende factoren (bij hernieuwd middelengebruik geen recidive) zou interessant zijn, maar is waarschijnlijk alleen uit te voeren bij ex- terbeschikking gestelden. Vooral onderzoek naar de relatie tussen specifieke middelen en delictrecidive en effectiviteit van allerlei behandelinterventies verdient prioriteit.

### Literatuur

Brink, W. van den (2006). Verslaving: niet ik maar mijn brein en toch wil ik ervan af! Keynote-lezing VGCT-congres, Veldhoven, november.

Ferwerda, H., Kleemans, E., Korf, D., & Laan, P. van der (2003). Veelplegers. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 110-118.

Gezondheidsraad (2002). Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. (Publ. 2002/10.) Den Haag: Gezondheidsraad.

Greeven, P., & Marle, H. van (2006). Over de grenzen aan het verbeteringsideaal. In T.I. Oei & M.S. Groenhuizen (Red.), *Capita selecta van de forensische psychiatrie anno 2006* (pp. 475-489). Deventer: Kluwer.

Hildebrand, M., & Ruiter, C. de (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV axis I and axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*. (Geciteerd in: Brancherapport VWS, versie 2.1, 2005. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.)

Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H.J.M. Augustinus, F., & Hesper, B.L.

(2006). *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de TBS-behandelingen in de jaren 2000-2005* (Actuele Kennis 5). Utrecht: Expertise-centrum Forensische Psychiatrie.

Hser, Y.-I., Hoffman, V., Grella, C.E., & Anglin, M.D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58, 503-508.

Kersten, G.C.M. (2005). *Richtlijn Verslaving. Richtlijn voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van TBS-patiënten met verslavingsproblematiek in TBS-kliniek De Rooijse Wissel*. (Interne publicatie.) Venray: De Rooijse Wissel.

Kersten, G.C.M. (1998). *Indicatiestelling en verwijzing in de verslavingszorg: van intuïtie naar model*. (Dissertatie.) Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Koeter, M.W.J., & Maastricht, A.S. van (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitiële kader*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research/ZonMw.

Lamberti, J.S., Weisman, R., & Faden, D.I. (2004). Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 1285-1293.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.

Noorlander, E.A. (2006). Verslavingsbehandeling in de TBS setting. In T.I. Oei & M.S. Groenhuizen (Red.), *Capita selecta van de forenische psychiatrie anno 2006* (pp. 195-214). Deventer: Kluwer.

Philipse, M. (2005). *Predicting criminal recidivism, empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. (Dissertatie.) Nijmegen: Radboud Universiteit.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Ontsnappen aan medialogica. TBS in de maatschappelijke beeldvorming*. (Advies 39.) Amsterdam: SWP.

Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2007). *MATE. Handleiding en protocol voor afname en scoring*. Nijmegen: Beta Boeken.

Steadman H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P., Applebaum, P.S., Grisso, T., Roth, L.H., & Silver, M.A. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric Inpatient facilities and by others in the same neighborhood. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.

Stichting Verslavingsreclassering Ggz Nederland/Werkgroep Interventiematrix JVZ (2004). *Interventies voor verslaafde justitiabelen*. SVG.

Swanson, J.W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (pp. 75-80). Chicago: University of Chicago Press.

Tweede Kamer der Staten Generaal (2006). *Rapport parlementair onderzoek TBS, 2005-2006*. Den Haag: SDU.

Wildt, J.A.W.M., Schramade M.H., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). *Handleiding module indicatiestelling en trajecttoewijzing*. Amsterdam: Jellinek.

ZonMw (2007). *Rapport programma Verslaving*. Den Haag: ZonMw.